

Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen



Markus Zimmermann-Acklin

Aufgrund des medizinischen Fortschritts und der Wohlstandsentwicklung nehmen die Gesundheitskosten zu und wird es zur Aufgabe, über Gestaltung und Anerkennung von Grenzen in der Gesundheitsversorgung auch aus ethischer Sicht nachzudenken. Auf der Suche nach der Sicherung einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung für alle besteht heute die ethisch relevante Frage nicht darin, ob rationiert werden, sondern wie, nach welchen Methoden und Kriterien dies geschehen soll. Unter Rationierung werden implizite oder explizite Mechanismen verstanden, die dazu führen, dass einer behandlungsbedürftigen Person nützliche Leistungen nicht zur Verfügung stehen. Ethisch relevante Entscheidungskriterien sind neben tugendethischen, prozeduralen und normativen auch evaluative. Neben dem fundamentalen Menschenwürdeprinzip sollten dabei das Bedarfs-, das Solidaritäts-, das Kosteneffektivitäts- und das Verantwortungsprinzip als zentrale normative Kriterien berücksichtigt werden, nicht zuletzt auch das Vulnerabilitätsprinzip, welches den Schutz besonders verletzlicher Menschen vorsieht.

Das Problem und dessen Ursachen

Vorschläge zur Rationierung gesundheitlicher Leistungen stellen in erster Linie eine Reaktion auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen dar. Die Kosten nehmen in der Schweiz seit Jahren kontinuierlich um etwa vier Prozent jährlich zu. Da die Gesamtwirtschaft nicht im selben Mass wächst, steigt ihr Anteil am Bruttoinlandprodukt seit den Sechzigerjahren des letzten Jahrhunderts zwar langsam, aber stetig an. Eine grundsätzliche Änderung dieses Trends zeichnet sich nicht ab, die Auswirkungen der gegenwärtigen Finanzkrise dürften die Zunahme in den kommenden Jahren eher beschleunigen. Vergleichbare Tendenzen bestehen in allen Hochlohnländern der Welt, unabhängig davon, ob

ein nationalstaatliches Gesundheitssystem eher staatlich oder marktwirtschaftlich strukturiert ist.

Hauptverantwortlich für die Kostenentwicklung sind zwei grundsätzlich zu begrüssende Erscheinungen: zum einen der medizinische Fortschritt und zum andern der zunehmende Wohlstand. Vor fünfzig Jahren war die Knappheit beispielsweise in den Bereichen Neonatologie und Nephrologie um ein Vielfaches grösser als heute, aufgrund fehlender Interventionsmöglichkeiten jedoch ethisch kaum ein Thema. Da gewöhnlich weder der medizinische Fortschritt noch der wachsende Wohlstand als solche in Frage gestellt werden, dürften sich bei deren erwünschter Weiterentwicklung die Knappheit und das Kostenproblem zukünftig – unabhängig von den Auswirkungen der demografischen Entwicklung und von Systementscheidungen «zwischen Markt und Plan» – weiter verschärfen. Walter Krämer schreibt in diesem Zusammenhang darum zu Recht von einer Fortschrittsfalle.¹ Es scheint wie ein Naturgesetz zu sein: Je grösser der gesellschaftliche Wohlstand, desto mehr Aufmerksamkeit, Zeit und Sorge werden der Gesundheitspflege gewidmet.

Gerechte Verteilung und Anerkennung von Grenzen

Diese Einsicht Walter Krämers erklärt, warum die Rationierungsdebatten seit Jahren zweigleisig verlaufen: Zum einen geht es um das Ringen um eine gerechte Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel, zum andern um die existenziellen Fragen nach einem menschlich angemessenen Umgang mit vorgegebenen Grenzen und deren Anerkennung. Obgleich beide Aspekte miteinander zu tun haben, sollten sie zunächst getrennt behandelt werden, um ideologische Vereinnahmungen zu vermeiden. Ein Beispiel für die damit aufge-

Der Autor

Dr. theol. Markus Zimmermann-Acklin ist Lehr- und Forschungsbeauftragter für angewandte Theologische Ethik mit Schwerpunkt Bioethik an der Universität Luzern.

worfenen Schwierigkeiten bieten die Kontroversen um die Altersrationierung, die Idee der Einschränkung des Zugangs zu gesundheitlichen Leistungen aufgrund des Alters einer behandlungsbedürftigen Person. Aus Sicht der Ethik des guten Lebens wird zu Recht die Anerkennung von Grenzen im Alter gefordert. Entgegen der Grundanliegen der Anti-Aging-Medizin sei das Altern keine zu bekämpfende Krankheit, sondern integraler Bestandteil eines geglückten menschlichen Lebens. Gleichzeitig aber ist die Einführung einer verbindlichen Altersgrenze für bestimmte, z. B. sehr teure oder wenig kosteneffektive, Behandlungen schon aufgrund des Diskriminierungsverbots starken Gegenargumenten ausgesetzt. Ein Kurzschluss wäre hier unzulässig,² eine vollständige Trennung der beiden Diskurse hingegen unbefriedigend.³

Gerhard Schulze weist auf die «Pein der Opportunitätskosten» hin, einen Aspekt, der auch in den gesundheitspolitischen Debatten nicht ausgeblendet werden sollte. Unsere Wohlstandsmoderne ist auch im Bereich der Gesundheitsversorgung davon geprägt, dass die Entscheidung für eine Option mit dem Verzicht auf viele andere Möglichkeiten verbunden ist: Je mehr es gibt, desto mehr entgeht einem. Der oft mit ironischem Unterton versehene Hinweis, nur derjenige sei gesund, der sich noch nicht genau genug hat untersuchen lassen, nimmt auf die Phänomene der «erfundenen Krankheiten» und der inflationären Zunahme präventiver Massnahmen und damit auf die «Pein der Opportunitätskosten» Bezug. «Was Wunder», so Schulze, «dass die Zufriedenheit der Menschen mitnichten steigt, wenn sich ihr Wohlstand immer weiter erhöht.»⁴

Rationierung bzw. Leistungsbegrenzungen als Lösung?

Die Herausforderungen lassen sich von zwei Seiten aus angehen: Eine Möglichkeit besteht darin, neue Finanzierungsmodelle zu entwickeln, die andere, in die Ausgestaltung des Leistungskatalogs einzugreifen und sozial finanzierte, nützliche Leistungen stärker als bis anhin einzuschränken, d. h., zu rationieren. Da in den unteren

Einkommensschichten finanziell nicht mehr viel zu holen ist – heute erhalten bereits über ein Drittel aller Haushalte Prämienentlastungen – und die mittleren Einkommensschichten bereits stark belastet sind, steigt der Druck, über mögliche Leistungsbeschränkungen nachzudenken, obgleich das aus politischer Perspektive grundsätzlich unattraktiv ist.

Alternativ wird die Stärkung von Marktelementen im Gesundheitssystem vorgeschlagen. Hinsichtlich deren Problemlösungskapazität sind hingegen zwei Bedenken anzubringen: Erstens würde eine Stärkung von Marktelementen bei ausbleibender finanzieller Subventionierung von Risikogruppen zu Leistungsbeschränkungen für ärmere, chronisch Kranke und Hochrisiko-Patientengruppen führen. Zweitens müsste in einem stark marktwirtschaftlich geprägten System zumindest für die Sozialhilfeempfänger ein striktes Rationierungsregime eingeführt werden, wie es beispielsweise in Oregon für die Medicaid-Empfänger der Fall ist. Während die Stärkung von Marktelementen die Rationierung im Bereich des Mittelstandes «verhindern» würde – de facto rationiert sich dann jede und jeder selbst –, wird sie in der Gesundheitsversorgung marginalisierter Bevölkerungsgruppen umso relevanter. Ein Plädoyer zugunsten eines Verzichts auf eine soziale Krankenversicherung, wie es einige Schweizer Ökonomen fordern, hätte selbst bei einer Subjektsubventionierung von Risikoträgern durch die Sozialhilfe eine Stigmatisierung Kranker und massive Leistungsbeschränkungen für Sozialhilfeempfänger zur Folge.⁵ Sollen die sozialen Unterschiede zwischen Arm und Reich, namentlich die unterschiedliche Morbidität und Lebenserwartung, nicht nach US-amerikanischem Vorbild verstärkt werden, führen solche Umstrukturierungsmodelle zu keinen namhaften Einsparungen.

Obgleich die Rationierungsdiskussionen auch in der deutschsprachigen Ethik seit einigen Jahren geführt werden,⁶ stossen sie nach wie vor auf breite gesellschaftliche Abwehr. Daher wird bevorzugt der Priorisierungsbegriff eingesetzt, um öffentliche Auseinandersetzungen anzuregen. Priorisierungen, das Anordnen medizinischer

Leistungen nach sinkender Wichtigkeit, sind jedoch Methoden, welche letztlich der Vorbereitung von Rationierungsentscheidungen dienen. Die Kriterien, die dabei zur Anwendung kommen, sind dieselben, die auch Rationierungsentscheidungen leiten. Über mögliche Kriterien und deren ethische Beurteilung wird zwar in Fachkreisen, jedoch bislang kaum in einer breiteren Öffentlichkeit diskutiert. Anders in Schweden, wo seit Jahren ein öffentlicher Diskurs über die relevanten Kriterien zur Prioritätensetzung im Gesundheitswesen geführt wird.⁷

Ziel und Aufgaben

Das Ziel besteht in der Erhaltung einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung für alle. Es geht um die sozialpolitische Frage, wie weit die Solidaritätsbereitschaft wohlhabender Menschen reicht, diese für alle finanziell mitzutragen. Im Blick ist dabei in erster Linie der sozial finanzierte Anteil der Gesundheitsleistungen, dessen Finanzierung in der Schweiz knapp die Hälfte der Gesundheitsausgaben ausmacht. Das schliesst nicht aus, dass jenseits der sozial finanzierten Versorgung ein «zweiter Gesundheitsmarkt» besteht, in dem Leistungen privat hinzugekauft werden können. Bei den Rationierungsvorschlägen geht es also nicht um die Verhinderung einer Mehrklassenmedizin, die de facto stets existiert hat und heute ermöglicht, dass der Bereich der Gesundheitsversorgung zu einer der bedeutendsten Wachstumsbranchen geworden ist. Vielmehr geht es um die Frage, wie eine sozial finanzierte Grundversorgung qualitativ hoch stehende Leistungen für alle auf die Dauer gewährleisten kann. Die gegenwärtigen Debatten um die wunscherfüllende Medizin und die «Verbesserung des Körpers» machen allerdings klar, dass auch in der ethischen Beurteilung des zweiten Gesundheitsmarkts ähnliche Themen wie in den Rationierungsdebatten wichtig werden: namentlich die Grenzziehung zwischen Krankheit und Enhancement (Verbesserung), die Klärung der ärztlichen und pflegerischen Berufsidentität und das Ringen um Anerkennung humaner Grenzen bei körperlichen Einschränkungen, im Alter und im Sterben.

Unter Rationierung werden sinnvollerweise implizite oder explizite Mechanismen verstanden, die dazu führen, dass einer behandlungsbedürftigen Person nützliche Leistungen nicht zur Verfügung stehen.⁸ Mit den «Mechanismen» geraten sowohl bewusste Entscheidungen als auch vorgegebene Knappheitsbedingungen in den Blick und es wird nötig, zwischen gerechter und ungerechter Rationierung zu unterscheiden. Es geht also nicht um die Frage, ob Leistungsbeschränkungen eingeführt werden sollen, sondern wie, nach welchen Methoden und Kriterien sie vernünftiger- und gerechterweise gestaltet werden. Bestehende Ungerechtigkeiten, vor allem ungerechte Ungleichbehandlungen oder auch die Vernachlässigung ganzer Bereiche wie der Rehabilitation oder Psychiatrie mit der Folge, dass eine hoch stehende Grundversorgung nicht allen zur Verfügung steht, gilt es zu erkennen und zu vermeiden. Verliererbereiche im gegenwärtigen Verteilungswettbewerb sind in der Schweiz die Psychiatrie, die Rehabilitation, die Versorgung chronisch Kranker und von Menschen mit Behinderungen, die Geriatrie und Pflege.⁹

Ethische Kriterien für Rationierungsentscheidungen

Wenn es um betriebs- oder volkswirtschaftliche Entscheidungen auf der Meso- und Makroebene geht, treten tugendethische Aspekte eher in den Hintergrund. In der Situation am Krankenbett zwischen Behandlungsteam und Patient dagegen spielen die persönlichen Werthaltungen der in Entscheidungen involvierten Personen eine wichtige Rolle: Auf der Seite der Behandelnden sind sie z. B. wichtig hinsichtlich des Einfühlungsvermögens in die Situation eines Patienten und dessen Werthaltungen, des Masshaltens bezüglich der eigenen Gewinnorientierung oder der Haltung der Gerechtigkeit bezüglich der Verteilung von Zeit und Aufmerksamkeit auf einzelne Patienten. Auch auf Patientenseite sind Haltungen wie Vertraulichkeit, Masshalten oder Bereitschaft zur Compliance zweifellos von Bedeutung.¹⁰ Tugenden können nicht vorgeschrieben, sondern nur im Sinne der Charakterbildung eingeübt werden (Abbildung 1).

Kriterien	Im Blick sind	Methoden
<ul style="list-style-type: none"> • Haltungskriterien (Tugenden) • Prozedurale Kriterien • Normative Kriterien • Evaluative Kriterien 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Handelnden und deren Charakter bzw. Eigenschaften • Prozesse der Entscheidungsfindung • Handlungen oder Unterlassungen • Güter und Werte 	<ul style="list-style-type: none"> • Charakter- und Persönlichkeitsbildung • Ablauf der Entscheidungsfindung nach Regeln • Anwendung von ethischen Prinzipien • Güterabwägung, Berücksichtigung von Werturteilen

Abb. 1: Kriterien und Methoden der Ethik

Übergeordnet und grundsätzlich zu achten

Menschenwürdeprinzip Gleichheit und Recht auf Zugang zu Lebensbedingungen, die ein gutes Leben ermöglichen

Gegeneinander abzuwägende Prinzipien

Bedarfsprinzip «need-principle», Bedürftigkeit

Solidaritätsprinzip Gleichheit und Ausgleich unterschiedlicher Lebenschancen

Kosteneffektivitätsprinzip Wirtschaftlichkeit gesundheitlicher Massnahmen

Verantwortungsprinzip Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit

Abb. 2: Ethisch relevante Prinzipien zur Prioritätensetzung im Gesundheitswesen in Schweden

Prozedurale Kriterien betreffen den Ablauf schwieriger Entscheidungsprozesse und dienen zur Legitimierung von Entscheidungen, die u. a. aus zwei Gründen wichtig ist: Zum einen können die Konsequenzen gesundheitspolitischer Rationierungsentscheidungen für einzelne Patientengruppen sehr einschneidend sein, so dass der Möglichkeit, öffentlich Einspruch erheben und Gegenargumente einbringen zu können, besondere Bedeutung zukommt. Die damit verbundene Forderung nach Transparenz hat eine starke praktische Konsequenz, insofern implizite (ungeregelte) Rationierungsentscheidungen am Krankenbett, die durch Finanzierungssysteme mit Globalbudgetierung und Fallpauschalen gefördert werden, grundsätzlich in Frage gestellt werden.¹¹ Zum andern sind Werthaltungen in pluralistischen Gesellschaften oft so heterogen, dass die prozedurale Bedingung der Zustimmung aller Betroffenen in festgefahrenen Situationen einen Weg eröffnen kann, trotz kontroverser Einschätzungen zu ethisch legitimen Entscheidungen zu kommen.

Zentral sind normative und evaluative Kriterien, deren Anwendung sich nur bedingt

getrennt durchführen lässt, da ethische Prinzipien und Werturteile aufeinander bezogen sind und sich gegenseitig erklären. Das gilt nicht nur für die Auslegung des Menschenwürdeprinzips, sondern auch für die Bestimmung der Angemessenheit (medizinisch: Indiziertheit, rechtlich: Zweckmässigkeit) einer Massnahme und die Festlegung von Grenzen akzeptabler Kosten für ein qualitätsbereinigtes Lebensjahr bei der Beurteilung der Kosteneffektivität einer neuen Behandlung.

Nach Jahren öffentlicher Auseinandersetzungen um ethische Grundsätze, die bei der Priorisierung gesundheitlicher Leistungen zu berücksichtigen sind, wurden in Schweden fünf ethische Prinzipien erarbeitet (Abbildung 2). Diese bestehen aus dem übergeordneten Prinzip der Menschenwürde, daneben dem Bedarfs-, Solidaritäts-, Kosteneffektivitäts- und Verantwortungsprinzip, die in konkreten Entscheidungen miteinander in Konflikt geraten können und dann gegeneinander abgewogen werden müssen. Das Menschenwürdeprinzip beinhaltet gemäss schwedischem Bericht die Gleichheit hinsichtlich der allen Menschen zukommenden Würde

und ein für alle geltendes Recht auf Zugang zu Lebensbedingungen, die ein gutes Leben ermöglichen. Unter einem guten Leben wird ein möglichst langes Leben bei vernünftiger Lebensqualität und möglichst intakter Integrität verstanden. Die Einhaltung des Menschenwürdeprinzips schliesst die Möglichkeit der Altersrationierung und ähnlicher sozialer Kriterien wegen des Gleichheitsgrundsatzes kategorisch aus. Das Bedarfsprinzip sieht vor, dass Ressourcen gemäss bestehendem Gesundheitsbedarf verteilt werden, wobei nach Schweregrad priorisiert werden soll. Das Solidaritätsprinzip zielt auf die Herstellung der Chancengleichheit im Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle und nach Möglichkeit auch auf den Ausgleich ungleicher Lebenschancen. Das Kosteneffektivitätsprinzip fordert, dass unter vergleichbaren Massnahmen die kosteneffektivere gewählt wird, wobei nur zwischen unterschiedlichen Massnahmen, jedoch nicht zwischen verschiedenen Patienten verglichen werden soll. Mit dem Verantwortungsprinzip wird schliesslich die Bereitschaft zur Übernahme der Verantwortung für die eigene Gesundheit eingefordert.

Dieses Ensemble von einem plus vier Prinzipien kann mit Hinweis auf Christian Lenks Überlegungen zur Ausgestaltung einer medizinischen Grundversorgung um das Vulnerabilitätsprinzip ergänzt werden,¹² obgleich der Schutz besonders verletzlichen menschlichen Lebens, z. B. von Kindern, Menschen im hohen Alter oder Menschen mit Behinderungen, bereits im Menschenwürdeprinzip implizit enthalten ist. Seines Erachtens kann eine privilegierte Behandlung vulnerabler Menschen mit dem Reziprozitätsargument begründet werden, etwa: Jeder muss Interesse daran haben, diesen Menschen eine adäquate Behandlung zukommen zu lassen, weil jeder in eine ähnliche Lage kommt (Alter) bzw. kommen könnte (Behinderung). Angesichts der bestehenden Praxis der impliziten Rationierung ist die Betonung eines Vulnerabilitätsprinzips sinnvoll, nämlich um der Gefahr der impliziten Rationierung zu begegnen, dass denjenigen Menschen Behandlungen vorenthalten werden, die sich am wenigsten zu wehren wissen.

Die Bedeutung evaluativer Kriterien und deren Verknüpfung mit den normativen Aspekten kann am Beispiel der Festlegung der Sinnlosigkeit einer Behandlung angedeutet werden. Bei der Bestimmung der Angemessenheit einer Massnahme spielen quantitative und qualitative Aspekte eine Rolle. Zunächst lässt sich mit Methoden der evidenzbasierten Medizin einigermaßen objektiv bestimmen, ob eine Therapie tatsächlich wirkt. Darüber hinaus bleibt aber zu klären, inwieweit ein Eingriff auch hinsichtlich des Gesamtbefindens eines Menschen und damit in einem qualitativen Sinne angemessen ist: Es kann zwar sein, dass eine Hämodialyse die ausgefallene Nierenfunktion funktional ersetzt und sie insofern nützlich ist, dass sie aber aufgrund des Gesamtbefindens eines Patienten sinnlos oder gar schädlich wäre. Dieser qualitative Aspekt lässt sich nur mit Bezug auf evaluative Urteile definieren, wobei der unter Umständen mutmassliche Wille des betroffenen Patienten wesentliche Richtschnur sein sollte.

Klar bleibt, dass

- die ethischen Kriterien der Ergänzung und der Konkretisierung bedürfen,
- die Forderung nach der Ermöglichung eines guten Lebens schwierige Debatten über Grundfragen enthält, z. B. über das Verständnis von Krankheit und Gesundheit, die eigens zu führen sind, und
- die Herausforderung bestehen bleibt, Grenzen nicht nur gerecht zu gestalten, sondern als Kennzeichen des Humanen auch anzuerkennen.

Schlussfolgerungen

Angesichts der gesellschaftlichen Bedeutung von Rationierungsentscheidungen ist die öffentliche Diskussion über die dabei anzuwendenden Kriterien unabdingbar. Zwar geht es um äusserst komplexe Zusammenhänge, jedoch in einem Bereich, der ausnahmslos alle Menschen betrifft, in welchem unterschiedliche Werthaltungen vertreten werden und bei dem es sowohl um Verteilungsgerechtigkeit und Solidarität als auch um Anerkennung grundlegender menschlicher Grenzen geht. Angesichts der Heftigkeit der Verteilungskämpfe gerät

leicht aus dem Blick, dass es ein System ohne Leistungsbeschänkungen nie geben wird und dass bereits gegenwärtig eine Praxis der impliziten (ungeregelten) Rationierung besteht, die sich namentlich für Menschen und Bereiche nachteilig auswirkt, die sich zu wenig durchsetzen können. Neben der Achtung der Menschenwürde und der Erhaltung breiter Solidaritätsstrukturen sind aus sozialetischer Sicht die Verbesserung der Situation der am schlechtesten Gestellten und der Schutz besonders vulnerabler Gruppen von besonderer Bedeutung.

Anmerkungen

- 1 Krämer, W. (2007): Was macht Rationierung unvermeidbar?, in: Nationaler Ethikrat (Hg.), *Gesundheit für alle – wie lange noch? Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*. Vorträge der Jahrestagung des Nationalen Ethikrates 2006, Berlin, S. 35–42.
- 2 Halter, H. (2007): Anfragen zum Konzept der Altersrationierung aus ethischer Sicht, in: Zimmermann-Acklin, M. / Halter, H. (Hg.) (2007): *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*. Beiträge zur Debatte in der Schweiz, Basel, S. 237–246.
- 3 Strebel, U. (2007): Die Endlichkeit des Lebens als Rationierungskriterium. Eine Bewertung aus ärztlicher Sicht, in: Zimmermann-Acklin, M. / Halter, H. (Hg.) (2007): *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen*. Beiträge zur Debatte in der Schweiz, Basel, S. 258–267.
- 4 Schulze, G. (2006): *Die Sünde. Das schöne Leben und seine Feinde*, München/Wien, S. 17.
- 5 Widmer, W. u. a. (2007): *Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität. Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen*, Zürich.
- 6 Für Literaturhinweise vgl. Zimmermann-Acklin, M. (2008): *Knappheit gerecht gestalten. Thesen zur Rationierung im Gesundheitswesen*, Basel (Folia bioethica 35).
- 7 National Centre for Priority Setting in Health Care (2008): *Resolving Health Care's Difficult Choices. Survey of Priority Setting in Sweden and an Analysis of Principles and Guidelines on Priorities in Health Care*, Linköping.
- 8 Ubel, P. / Goold, S. (1998): Rationing Health Care. Not all Definitions are Created Equal, in: *Archives of Internal Medicine* 158, S. 209–214.
- 9 SAMW (Hg.) (2007): *Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» – Phase III: Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen. Einschätzungen und Empfehlungen*, Basel.
- 10 Höffe, O. (1998): *Medizin in Zeiten knapper Ressourcen – oder Besonnenheit statt Pleonexie*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 95, B174–177.
- 11 Marckmann, G. / Strehl, D. (2009): *Auswirkungen der DRG-Vergütung auf ärztliche Entscheidungen: Eine ethische Analyse*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 55, S. 15–27.
- 12 Lenk, C. (2005): *Worin könnte eine «medizinische Grundversorgung» bestehen?*, in: Rauprich, O. / Marckmann, G. / Vollmann, J. (Hg.) (2005): *Gleichheit und Gerechtigkeit in der modernen Medizin*, Paderborn, S. 247–266.